

## **Abriendo preguntas: Una primer visita a comunidades mbyá y sus prácticas de gestar, nacer y parir.**

Alfonsina Cantore<sup>1</sup>

### **Breve presentación de mi trabajo.**

Mi propuesta de investigación, enmarcada en una próxima tesis de maestría, versa sobre cambios y resignificaciones en las prácticas de gestación, parto y nacimiento Mbyá Guaraní, en comunidades del norte de la provincia de Misiones, a partir de la implementación de políticas públicas.

En torno a 1970, las presiones productivas sobre el territorio de la provincia de Misiones provocaron un contacto más estrecho entre las comunidades Mbyá Guaraní y la población aledaña. En la misma década la provincia comienza a implementar políticas públicas que pusieron atención en las comunidades rurales, muchas de ellas indígenas, enfatizando el aspecto escolar, productivo, habitacional y de salud (Enriz, 2010a). Las nuevas prácticas promovidas por el ámbito estatal nos lleva a preguntarnos cómo éstas han impactado en el “modo tradicional de ser Mbyá” (Cadogan, 1997) y cómo han sido percibidas, adoptadas, resistidas y/o resignificadas por estos grupos.

Nuestro objetivo general es dar cuenta de los cambios, transformaciones y percepciones en las prácticas y concepciones del ámbito de la salud de los Mbyá Guaraní, a partir de la intervención de políticas públicas; específicamente aquellas vinculadas a las prácticas de gestación, parto y nacimiento. Entendemos las prácticas de salud como un producto histórico, un espacio sujeto a transformaciones, en el cual los grupos y personas guaraníes tienen un posicionamiento activo en su forma de interactuar con la sociedad envolvente y hacia las políticas sanitarias o de salud que sobre ellos se aplican.

### **Características del grupo en la provincia de Misiones.**

En la provincia de Misiones (Argentina) habitan 13.006 indígenas o descendientes de pueblos indígenas (INDEC, 2010). En su mayoría Mbyá Guaraní quienes se encuentran ubicados en núcleos, en el área rural y son hablantes de la lengua homónima (Grünberg y Melià 2008). Los núcleos Mbyá presentan grandes diferencias, principalmente en sus vínculos con el Estado, “en términos generales, un tercio de los núcleos tiene acceso a la escolaridad y una menor proporción accede a planes de asistencia social y al sistema provincial de salud” (Enriz, 2010:119).

Hasta la década de 1950 la población indígena de la provincia había permanecido invisibilizada para los agentes estatales. El reconocimiento de la misma llevó a cambios significativos en la relación de los Mbyá y el Estado, donde reconocemos la incorporación de políticas públicas destinadas a esta población<sup>2</sup>. Estas políticas incluían intervenciones en una gran cantidad de temas como por ejemplo lo escolar, sanitario, habitacional, productivo, etc; orientándose en la última década hacia políticas asistenciales y luego, universales (Enriz, 2011). Los modos de adscripción al interior de la comunidad indígena han sido funcionales a la cuestión identitaria tomada por los organismos de gobierno como un confuso elemento a la hora de diseñar las políticas (Enriz, 2010a).

La ubicación de algunas de estas comunidades en la triple frontera complejiza y amplía los factores a

---

1 Profesora en Cs. Antropológicas. (FFyL - UBA). Estudiante de Maestría en Antropología Social (FFyL - UBA) [fotia5@hotmail.com](mailto:fotia5@hotmail.com)

2 En un trabajo dedicado a las políticas públicas Enriz (2011) sistematiza estas políticas y concluye en que las mismas llevan a visibilizar la población indígena para ser ocultada, a través de proyectos homogeneizada que no consideraron sus particular.

tener en cuenta para considerar los cambios económicos y culturales que puedan estar ocurriendo en estas poblaciones.

### **Contextualización de las comunidades.**

Mi trabajo de campo se desarrolla en comunidades ubicadas en Iguazú. Su ubicación en triple frontera y el turismo internacional de la zona debido a las cataratas aumentaron la visibilidad de estas comunidades a diferencia de otras en la provincia. Realizamos trabajo de campo en tres comunidades: una pequeña (alrededor de 35 familias), una muy grande (cerca de 1500 personas) y una media (poco más de 400 personas). Las dos últimas poseen título de tierra total o parcial. La primera, en cambio, es un desprendimiento de la más grande, que por estar muy atravesada por el contacto deciden vivir en tierras de la comunidad restante.

Todas estas comunidades cuentan con un circuito turístico que se realiza de manera autogestionada en dos comunidades y en otra por agencia turística. El mismo cuenta con un recorrido por senderos de la comunidad, conocimiento de trampas antiguas, compra de artesanías, y alguna cosa más. En la comunidad media, con la que mayor relación entablamos, este circuito está en manos de un grupo de jóvenes que reciben capacitación de una ONG transnacional.

A todas puede llegar la ambulancia rápidamente ya que dos tienen entrada pavimentada, debido a que en el terreno de enfrente se encuentran un complejo de cabañas Lodges de Selva de 4 o 5 estrellas. Y la más grande está enseguida cruzando la ruta. Al hospital público se puede llegar en 20 minutos desde las comunidades. Todas las comunidades cuentan con CAP (centro de atención primaria), que tienen agentes sanitarios y visita médica.

### **La particularidad del parto y nacimiento mbyá**

A diferencia de los animales, los Mbyá son los únicos seres que lograron conocer “las bellas palabras” es decir, el lenguaje humano mbyá (Cádogan, 1977). Esta diferencia entre personas mbyá y el resto de los seres del mundo es destacada como el “modo de ser Mbyá”<sup>3</sup>. La mejor manera que encuentran los autores para explicar los «modos de ser Guaraní» es a través de la experiencia del grupo (Chamorro 2004) o las condiciones que hacen posible la vida (Remorini 2005) sentido que residiría en la palabra «teko». La continuidad social y el lugar donde se dan las condiciones para ese modo de ser, es significada como «teko’a». Teko’a refiere de manera integradora a la unidad social basada en relaciones de producción económica, política y cultural que se desenvuelven en el asentamiento. En síntesis, el término aludiría al principio que hace posible la vida en la aldea, una moral, el “modo de ser” (Wilde 2008).

La vida de los mbyá se rige por “el ciclo ecológico” y una serie de secuencias regulares, y otras de aparición fortuita de estados o situaciones de crisis que atraviesan las personas a lo largo de su vida y que irrumpen con el equilibrio de la comunidad ubicándola en una situación de peligro. Estas situaciones requieren un tratamiento especial, no idéntico, según normas o ritos establecidos. Los principales momentos de crisis son: el nacimiento, la maduración biológica, las enfermedades, el nacimiento de los hijos y la muerte. Las más importantes son aquellas en la que la persona recibe una designación especial y resguarden el cuál las personas toman un conjunto -*akú*- (Shaden 1998).

---

3 *Nãnde rekokatu* es la expresión que se traduce como «nuestro buen modo de ser.»

En lo que se refiere a las concepciones relativas a las almas y la gestación, el alcance de lo religioso se mantiene vigente a pesar del contacto e intercambio con la población dominante. La llegada de un futuro niño es informada a la población por el líder espiritual, al que llaman *opygua*. Este recibe la información a partir de su comunicación con los dioses, a quienes el *opygualogra* elevar sus palabras y cuyos mensajes recibe. Una vez que los dioses acreditan la posibilidad de un nacimiento, el anciano avisa a los padres y estos deben seguir una serie de reglas con el fin de que el nacimiento y la vida futura de los niños estén seguros, lo que se expresa en términos de *omboapyka* ('lograr asiento') o bien *ayvu'a* ('hallarse'). "Hallarse" implica sentirse a gusto en el lugar, condición necesaria para que cualquier persona permanezca en el *tekoa*. En el caso de las almas de los niños, no hallarse puede implicar una serie de desgracias, incluso la muerte (Enriz, 2010).

La *couvade* implica una serie de tabúes y restricciones que han sido registrados por estos autores (Shaden 1998, Larriq 1993, Enriz y García Palacios 2008, Cebolla 2013), tanto para mujeres como para hombres, durante el periodo posterior al nacimiento de un hijo. La duración de esta etapa es de alrededor de cuarenta días, la cual según Cebolla coincide con el sangrado puerperal luego del parto, en la que la mujer se encuentra en un estado de impureza. Tanto mujeres como hombres en esta etapa, deben cumplir ciertos tabúes alimenticios y de actividades de la vida cotidiana para no afectar negativamente al bebé, ya que "el niño dentro del vientre tiene el poder sobre la acciones de sus progenitores" (Cebolla 2013:263).

Todas las acciones inscriptas en la *couvade* "tienden al buen desarrollo de la relación entre el cuerpo del niño que acaba de nacer, su alma y el ambiente *-teko'a-* donde va a desarrollarse. Estos tres componentes pueden resumirse a través de la idea de *ayvu'a* –hallarse- y quedan superados cuando el niños logra *omboapyka* -tomar asiento-" (Enriz, 2010:123).

Cebolla (op. Cit.) advierte que hoy en día es casi imposible seguir los cuidados del pasado, lo que se ha agudizado con el contacto en los últimos años. Hoy muchos de esos cuidados se ve desprovisto de significado simbólico.

### **Primer acercamiento al campo.**

Un primer acercamiento al camponos permitió conocer las comunidades y su contexto. Teniendo en cuenta que en la comunidad media nos permitieron acampar y el cacique primero estuvo abierto a que realicemos nuestro trabajo allí, es con esta comunidad con la que establecimos más fuertes relaciones y por lo tanto a la que más referiremos.

Durante nuestro trabajo de campo pudimos apreciar una serie de prescripciones que aún se mantienen en las comunidades como por ejemplo la ritualización de la menarca. Un día camino a la comunidad cruzamos cuatro niños de distintas edades. Una de ellas al parecer había pasado su menarca, lo que nos dio a entender su pelo corto.

También las ritualizaciones respecto al parto aparecieron con algunas alusiones como el entierro de la placenta en el *tekoa* como una forma de dar fuerza a la comunidad. En la comunidad más pequeña destacaron positivamente el nacimiento en la comunidad. En los últimos dos años habían nacido 6 chicos en el *tekoa* atendidos por una señora grande. Resaltando la importancia de que esta práctica se mantuviera, esta señora

está enseñando a otras mujeres más jóvenes. Sin embargo, no dejaban de exigir el CAP<sup>4</sup>, justificado en la necesidad de vacunas debido a enfermedades nuevas para ellos, que con sus métodos no podían curar.

La comunidad media discrepa en el uso del CAP. En la salita se controlan los embarazos, se dan vacunas e inyecciones, actividades para las cual los visita una enfermera. Los controles de embarazos como análisis y ecografías se realizan por obligación de los médicos. En nuestra breve entrevista con la médica que asiste al centro de atención, ella reconoce utilizar métodos “coercitivos” con la población como por ejemplo no firmarle la asignación universal si sus hijos no fueron controlados y le pusieron las vacunas. Por parte de los responsables del CAP las preocupaciones por los embarazos y la salud sexual está enfocada en una iniciación sexual prematura y embarazo adolescente, por ello se intentan hacer talleres sobre educación sexual. La médica manifestó que era su preocupación la edad temprana en que las mujeres tenían hijos. Comento un caso de una niña de 12 años el cual le tocó atender. Reconocía que para la comunidad era muy importante la maternidad y fecundidad pero no sabía porque. Contrariamente las personas de la comunidad no manifiestan la iniciación sexual o el embarazo como prematuros. Los dos días por semana en los que supuestamente visita la médica, fuera la salita está llena de mujeres con sus niños.

Si bien los agentes sanitarios son relativamente nuevos (por algunos conflictos con los anteriores), manifiestan tener un buen dialogo con las normativas de la medicina hegemónica. El agente sanitario resaltó su buen trato con los médicos en su función de acompañante de las personas mbyá. El mismo se interpele en ello atribuyendo la timidez de las mujeres como un factor negativo para entablar la relación con los médicos:

“Cuando iban las mujeres solas no las atendían porque los mbya son muy tímidos y no hablan. Y los médicos quieren que les hables que le cuentes porque vas, que te duele. Los mbya son muy timidos y no cuentan, van y no hablan. Entonces los médicos no las atendían. En cambio yo voy y habló y le cuento que tiene esa persona”. (12/2/2015, Iguazú, registros conjuntos Enriz, Boffelli y Cantore).

En nuestro primer acercamiento al campo encontramos una pluralidad de voces: médicos, agentes sanitarios, docentes, hombres de la comunidad, pero muy pocas mujeres. Esperamos recuperar la voz de las mujeres en lo que encontramos una gran dificultad pero necesaria de satisfacer para el desarrollo de nuestra investigación. El agente sanitario define a los mbyá como tímidos: “cuando tienen que hablar con alguien que no es de la comunidad se ponen rojos o se ríen, se ponen duros. O cuando los hacen hablar en la escuela se les hace como una sandía en la garganta” (12/2/2015, Iguazú, registros conjuntos Enriz, Boffelli y Cantore). Este rasgo es más particular en las mujeres, sobre todo en sus visitas al hospital si no estaban acompañadas de la/él agente sanitario. Además nos encontramos con la dificultad de que el castellano de algunas mujeres adultas es poco o nulo.

La mayoría de las mujeres a diferencia de la comunidad chica tienen sus hijos en el hospital. En el rol de agentes sanitarios ambos acompañan a las mujeres al momento del parto, pero no están autorizados por los médicos a entrar, tampoco permiten otras personas como el marido u otra mujer. El agente reconoció como propio del hospital de Iguazú. Él había tenido un hijo en El Dorado y los médicos le habían preguntado si quería entrar. Ante nuestra pregunta de por qué las mujeres deciden tener a sus hijos en el hospital el agente reconoció que un poco es una insistencia de los médicos, justificando que cualquier cosa que le pase al niño es “mejor que este en el hospital”. Esto viene modificando las prácticas de parto como el entierro de la placenta que queda en el hospital, el corte del cordón umbilical con la tacuara y las personas que acompañan a la

parturienta en ese momento.

En los pocos casos asistidos por la partera de la aldea, era ella quién decía donde debía enterrarse la placenta y como cortar con la tacuara el ombligo. El porqué de estas excepciones fue distinto en el agente sanitario quien solo reconoció un parto en la aldea porque la ambulancia no llegó, y la agente sanitario quien nos confirmó unos pocos partos en la comunidad por decisiones de mujeres jóvenes parturientas.

La agente reconoció la importancia de tener hijos no solo para las mujeres sino también para los hombres, quienes muchas veces se enojan cuando la mujer decide no tener más hijos. La agente reconoció sin embargo, el uso de anticonceptivos y de tratamientos de fertilidad tanto naturales como los que provee el hospital y el CAP.

En la comunidad más grande el discurso recopilado en este primer acercamiento estuvo muy atravesado por personas ajenas al Tekoa. Una docente no indígena, quien trabaja hace muchísimos años con la comunidad, reconoció el uso del hospital para tener hijos desde hace muchísimo tiempo. Cuenta que hace mucho tiempo le tocó asistir un parto en el patio de la escuela, porque el marido de la parturienta no llegó a llevarla al hospital. La misma corta el cordón umbilical con una tijera y el papá del nene sacó la camisa que tenía puesta para envolver el niño. La docente no supo responder si había parteras en la comunidad que podían ayudar a la embarazada en tal situación. En contraste, otro docente resalto algunos casos que se resiste el parto en hospitales, tal resistencia es de los “mbyá más puros” según sus palabras.

Las decisiones de las mujeres pueden variar de un hijo a otro. En nuestra estadía algunas mujeres comentaron haber tenido algunos de sus hijos en la aldea y en otros han decidido ir al hospital. Su justificación remite a que “es más fácil”.

### **Importancia del trabajo y Conclusiones.**

Las problemáticas asociadas al parto y el nacimiento, como parte de las acciones en que las mujeres son sujeto central, asisten en el último tiempo a un importante debate de la sociedad en general. En este marco se han impulsado nuevas normativas (Ley 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada en 2003, Ley 25.924 sobre Parto Humanizado sancionada en 2004) que amparan a las mujeres y su derecho a decidir. En esta coyuntura abordar las modalidades de parto y nacimiento a que acceden las poblaciones indígenas supone ampliar el horizonte de conocimiento sobre el embarazo, parto, nacimiento, crianza y cuidado del niño.

Si bien aún no sabemos cómo los cambios devenidos han impactado en el “modo tradicional de ser mbyá” (Cadogan, 1997) y como han ido mutando las prácticas y resignificaciones del ciclo de vida de las mujeres mbyá, consideramos valioso avanzar sobre los datos recopilados en un primer acercamiento al campo.

Según Hirsh (2008) la maternidad es un componente fundamental del matrimonio entre los guaraní, tiene sentido ya que define la femineidad, implica la inserción como adultas en el seno de la familia extensa y por ende en la comunidad. La maternidad en las mujeres guaraní es constitutiva de su rol en la sociedad, los hijos tienen una fuerte carga identitaria, que le otorgan legitimidad y estatus a la mujer dentro de la familia, y también brindan una gratificación emocional y un acompañamiento a lo largo de la vida. La cantidad de hijos que una mujer tenga a lo largo de su vida es de importancia para la familia, un mayor número de hijos es lo aceptable y deseado.

Este primer encuentro nos abre nuevas preguntas: ¿Cuál es la relación entre las políticas públicas y las lógicas de la comunidad indígena para elegir modalidades de nacer/parir? ¿Cuál es el rol que ocupa lo religioso y la comunidad a la hora de planificar el nacimiento? ¿Cómo se complementa, resignifica o entra en conflicto el parto en hospital y en la aldea? ¿Cuál es el incentivo de los distintos sujetos Mbyá ante la elección de una práctica u otra? ¿Qué sentido le asignan las mujeres a las distintas modalidades de parto y nacimiento?. Como bien resume Enriz “Las prácticas estatales de regulación de la vida y la organización social comienzan por establecer documentos de nacimiento, lugares donde parir y formas válidas para hacerlo” (2010:131). Si bien dos personas de la comunidad reconocieron la facilidad del parto en el hospital por cuestiones burocráticas, no podemos reducir la investigación a tal hipótesis unicausal.

## **Bibliografía.**

- Cádogan, L 1997 [1959] Ayvu-Rapyta. Textos míticos de los Mbya-guaraní del Guairá. Asunción: Fundación León Cadogan.
- Cebolla Bladie, M 2013 Cosmología y naturaleza mbya-guaraní. Universitat de Barcelona.
- Chamorro, G. 2004 La buena palabra: experiencias y reflexiones religiosas de los grupos Guaraníes. En: *Revista de Indias*, 2004, v LXIV, n 230:117-140.
- Enriz, N. 2010 Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbyá guaraní. *ANTHROPOLOGICA XXVIII* (28):117-137
- \_\_\_\_ 2010a Identidades en tensión, lo indígena y lo nacional en las experiencias cotidianas Mbyá. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana* 9 (27): 61-80.
- \_\_\_\_ 2011 Políticas públicas para familias indígenas en Misiones. *Runa* 32 (1):27-42.
- Enriz, N y M García Palacios. 2008. «Deviniendo KuñaVa’era». En Silvia Hirschm (comp.). *Mujeres indígenas en Argentina: cuerpo, trabajo y poder*. Buenos Aires: Vilos.
- Grünberg, G. y B. Meliá (2008). *Guaraní Reta. Povos Guaraníes na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai*. São Pablo. ACERVO. CTI.
- Hirsch, S 2008 Maternidad, trabajo y poder: cambios generacionales en las mujeres guaraníes del norte argentino. *Mujeres indígenas en la Argentina. Cuerpo, trabajo y poder*, 231-251.
- Larriq, M. 1993 Ipytuma. Construcción de la persona entre los Mbyà-Guaraní. Editorial universitaria UNaM.
- Remorini, C 2005 Persona y espacio. Sobre el concepto de “teko” en el abordaje etnográfico de las primeras etapas del ciclo de vida Mbya. *Scripta Ethnologica*, XXVII: 59-75, Centro Argentino de Etnología Americana.
- Schaden, E 1998 [1954]. Aspectos fundamentales de la cultura guaraní. Asunción: Universidad Católica.
- Wilde, G. 2008 Imaginarios contrapuestos de la selva misionera. Una exploración por el relato oficial y

las representaciones indígenas sobre el ambiente. G. Alvarado Merino et al. Gestión ambiental y conflicto social en América Latina. Buenos Aires: CLACSO, 193-225.

**Fuentes.**

- INDEC (2010) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.